

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914. — N° 37

TRAVAIL DU SERVICE HOSPITALIER DE GYNÉCOLOGIE
DU DOCTEUR ALBERTIN, CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES URINAIRES
au cours de l'Évolution des
FIBROMYOMES UTÉRINS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FERNAND DIONNET

Élève à l'École du Service de Santé Militaire

Né le 1^{er} Février 1889, à La Trimouille (Vienne)



LYON
IMPRIMERIE L. GROSJEAN
78, RUE CRILLON, 78

1913

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
TROUBLES URINAIRES
au cours de l'Evolution des Fibromyomes Utérins

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914. — N° 37

TRAVAIL DU SERVICE HOSPITALIER DE GYNÉCOLOGIE
DU DOCTEUR ALBERTIN, CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES URINAIRES
au cours de l'Évolution des
FIBROMYOMES UTÉRINS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FERNAND DIONNET

Élève à l'École du Service de Santé Militaire

Né le 1^{er} Février 1889, à La Trimouille (Vienne)



LYON
IMPRIMERIE L. GROSJEAN
78, RUE CRILLON, 78

1913



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	{ ROQUES
Clinique obstétricale et Accouchements	{ BARD
Clinique ophtalmologique	{ X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ X...
Clinique des maladies mentales	{ FABRE
Clinique des maladies des enfants	{ ROLLET
Clinique des maladies des femmes	{ NICOLAS
Physique médicale	{ LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	{ WEILL
Chimie organique et Toxicologie	{ POLLOSSON (A.)
Matèremédicale et Botanique	{ CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{ HUGOUNENQ
Anatomie	{ MOREL
Anatomie générale et Histologie	{ MOREAU
Physiologie	{ GUIART
Pathologie interne	{ TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	{ RENAUT
Anatomie pathologique	{ MORAT
Médecine opératoire	{ COLLET
Médecine expérimentale et comparée	{ LESIEUR
Médecine légale	{ PAVIOT
Hygiène	{ POLLOSSON (M)
Thérapeutique	{ COURMONT (P)
Pharmacologie	{ ETIENNE MARTIN.
	{ COURMONT (J.)
	{ PIC
	{ FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND —
Accouchements	COMMANDEUR —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle	X...

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMAND	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VALLAS, *Président*; ROCHET, *Assesseur*;
MM. LAROYENNE et THEVENOT (Léon), *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA NIÈCE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur VALLAS

Ex-Chirurgien Major de l'Hôtel-Dieu

Il a bien voulu accepter la
présidence de notre thèse. Nous
lui exprimons notre respec-
tueuse reconnaissance pour le
grand honneur qu'il nous a fait.

A Monsieur le Docteur ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux

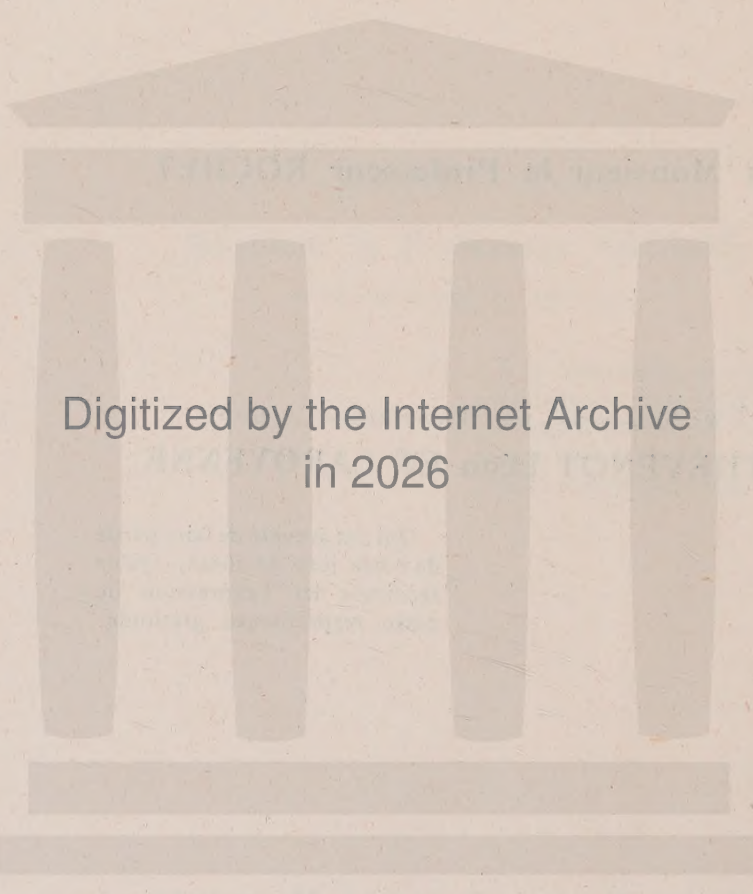
A Monsieur le Professeur ROCHET

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

THÉVENOT Léon ET LAROYENNE

Qui ont accepté de faire partie
de notre jury de thèse. Qu'ils
reçoivent ici l'expression de
notre respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales universitaires, au moment de nous séparer de nos maîtres et de nos camarades, c'est pour nous un plaisir et un devoir d'adresser aux uns et aux autres nos adieux et nos remerciements.

Monsieur le Docteur Delaunay, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers, a facilité nos premiers pas dans la voie médicale. Avec une inlassable bonté, il sut, en quelques mois à peine, nous tracer comme un plan général pour nos études futures. Il nous familiarisa déjà avec les grandes fonctions biologiques qui président au développement et à l'évolution des êtres. Il sut éveiller et satisfaire en même

temps notre curiosité de connaître les grandes lois de la physiologie humaine. Mais déjà, il nous montrait l'exagération, la déviation possibles de ces phénomènes normaux et la pathologie cessait ainsi de nous être étrangère. Bien souvent, au cours de nos études ultérieures, nous avons constaté que nous ne faisons que développer les principes acquis dès nos premiers pas dans la carrière médicale à la vieille Ecole poitevine.

Monsieur le Docteur Albertin, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, nous inspira l'idée première de ce travail. Il nous aida sans cesse de son expérience et de ses conseils. Il mit obligeamment à notre disposition ses documents particuliers et son érudition.

Monsieur le Docteur Marotte, médecin-major de 1^{re} classe, nous accueillit toujours avec la plus grande amabilité. Il nous a, en maintes circonstances, manifesté toute sa bienveillance.

A ces trois maîtres nous sommes heureux de transmettre aujourd'hui l'expression de nos remerciements respectueux et l'assurance de notre vive gratitude.

De notre tribut de reconnaissance une large part va aux maîtres aussi qui nous ont toujours réservé le meilleur accueil, et qui ont bien voulu nous prêter le secours de leurs conseils expérimentés, à Messieurs :

Gayet, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, chirurgien des Hôpitaux.

Chevassu, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des Hôpitaux.

Boulud, pharmacien en chef de l'Hôpital St-Pothin.

Mais notre plaisir est grand que de dédier ce modeste travail à ceux qui sont tout pour nous, à mes parents, à ma

grand'mère, à ma sœur, mon beau-frère et ma nièce, à tous ceux enfin qui m'ont aimé.

Puisse cet humble gage de mon impérissable reconnaissance les dédommager un peu de leur sollicitude profonde et de leur infinie affection.

F. D.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TROUBLES URINAIRES
au cours de l'Évolution des Fibromyomes Utérins

INTRODUCTION

« Si l'on considère les rapports qui existent entre l'appareil urinaire et l'appareil génital de la femme, on peut facilement comprendre comment les affections uro-génitales sont souvent solidaires et connexes ».

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre nouvelle en abordant un sujet qui, depuis de longues années, a été l'occasion de multiples travaux. Bien longtemps avant Pozzi, on avait reconnu que les rapports intimes de l'utérus avec la vessie et l'extrémité terminale des uretères don-

naient parfois aux maladies de cet organe une gravité toute spéciale.

Dans une première partie de ce travail nous avons voulu faire une revue générale et rapide des diverses opinions et observations publiées par les auteurs sur les troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromyomes utérins : troubles d'excrétion, troubles de sécrétion.

Dans une deuxième partie consacrée à la symptomatologie, nous avons laissé voir combien nous avons été frappé par ce fait que tous ces auteurs ont remarqué le très faible retentissement de l'atteinte rénale dans une longue période antérieure aux accidents.

Cette méconnaissance des troubles déjà accentués dans l'élimination par le rein des déchets de l'organisme porteur de fibrome eut, à maintes reprises, des conséquences funestes lors de l'intervention chirurgicale. Plusieurs observations étaient éparées dans la science. Monsieur le Professeur Rochet, à Lyon, fit sur la question, en 1893, le premier travail d'ensemble : c'est à l'urémie post-opératoire qu'il faut attribuer ces morts subites que rien ne faisait prévoir, fonction, pour ainsi dire, d'une rupture d'équilibre entre l'apport et l'élimination des déchets azotés dans un rein qu'auront rendu subitement insuffisant soit la seule inhalation de l'anesthésique, soit toute autre cause tenant à l'intervention. Ce n'était donc qu'une sécurité trompeuse que donnaient les anciens moyens d'investigation de la valeur fonctionnelle de l'émonctoire rénal. Nous nous sommes alors demandé si la méthode nouvelle, préconisée par Ambard, après les travaux de Vidal et Javal en 1905, était justiciable d'une plus grande confiance.

Pour mener à bien cette étude, nous avons suppléé à

notre inexpérience par l'expérience de ceux qui nous ont dirigé. Nous nous sommes cru autorisé à conclure, pour ce qui est des troubles urinaires consécutifs à une compression par fibrôme de l'arbre excréteur de l'urine, par analogie avec ce qu'ont observé en chirurgie urinaire Messieurs Gayet et Chevassu, professeurs agrégés à Lyon et Paris. Il semble donc que si la constante d'Ambard n'indique pas forcément une lésion anatomique, mais un trouble fonctionnel de l'émonctoire rénal, elle acquiert une très grande importance dans le pronostic vital et le choix du moment propice à l'intervention.

Dans une dernière partie enfin nous avons essayé d'interpréter les idées de notre maître, M. le Docteur Albertin, chirurgien à la Charité, et nous nous sommes demandé s'il était prudent de laisser évoluer ainsi un fibrôme, responsable de troubles urinaires une fois diagnostiqués.

Plusieurs observations de maîtres compétents ont montré la disparition des accidents après l'opération. Monsieur le Professeur Gayet a publié le cas d'une albuminurie avec œdèmes disparaissant après un volumineux fibrôme utérin (compte-rendu de la Société des Sciences médicales : Avril 1908). Nous avons voulu ainsi montrer que s'ils étaient incapables à eux seuls de forcer à une opération immédiate, il fallait au moins tenir grand compte des troubles urinaires, mêmes légers, dans l'indication de l'intervention précoce, qui évite des complications graves, qui comporte le minimum de risques opératoires, discutable pourtant dans le cas d'une femme jeune désirant une grossesse.

CHAPITRE PREMIER

Complication par cause directe

A. Troubles vésicaux.

Si l'on considère les rapports qui existent entre l'appareil urinaire et l'appareil génital de la femme, on peut facilement comprendre comment les affections uro-génitales sont souvent solidaires et connexes. (Labadie Lagrave et Legueu. Tr. de gynécologie).

L'anatomie nous montre les rapports étroits qui existent entre la partie postérieure de l'urèthre, de la vessie et les parties inférieures de l'appareil génital.

D'autre part, l'uretère pelvien et la partie cervicale de l'utérus affectent eux aussi des rapports suffisamment étroits. L'uretère, en effet, oblique en dedans, en bas et en avant pour aller s'ouvrir dans le bas-fond de la vessie. Or, dans ce trajet, il croise tout d'abord le bord latéral du col, à la hauteur de l'orifice interne. Il s'applique ensuite sur le cul de sac antéro-latéral du vagin; puis, à la hauteur de l'orifice cervical externe, il laisse le col en arrière, gagne le cul de sac vaginal antérieur et pénètre bientôt après dans la paroi vésicale.

Une distance de 12 à 15 m/m. à peine sépare cet uretère du col, dans tout ce trajet qu'il accomplit au milieu d'une couche celluleuse lâche.

L'Anatomie nous explique donc que l'évolution d'une tumeur fibreuse de l'utérus peut s'accompagner facilement de troubles du côté des parties inférieures de l'arbre urinaire.

Guillaume, in thèse, Lyon 1910; Castet, in thèse, Bordeaux 1906, nous ont montré qu'en général, c'est par des troubles bénins et passagers que la compression se manifeste au début. Plus tard apparaissent les douleurs à la miction, la rétention ou l'incontinence. La pollakiurie s'explique assez facilement. Comprimé par la tumeur, le réservoir urinaire ne se laisse plus dilater jusqu'à son volume ordinaire physiologique.

B. Déplacements uréthro-vésicaux. Rétention complète ou partielle.

Un grand nombre d'auteurs ont montré que c'étaient souvent des troubles urinaires qui constituaient le premier symp-

tôme d'une tumeur fibreuse de l'utérus. La malade, ne se doutant de rien, et prise d'une rétention subite d'urine que rien ne pouvait faire supposer, et en l'examinant, le médecin constate la présence d'un fibrôme. A ce propos, nous croyons devoir citer textuellement ce que disait Barnes, en 1875, dans ses « Leçons sur les affections de la vessie dans leurs rapports avec les maladies utérines ». « Lorsqu'une malade, dit-il, se plaint de souffrir dans un organe ou d'éprouver des troubles dans l'accomplissement des fonctions physiologiques de cet organe, il ne s'en suit pas nécessairement que celui-ci soit le siège réel de la maladie. » Ce principe est particulièrement vrai pour la vessie de la femme, tellement vrai que, dans la majorité des affections vésicales chez ce sexe, c'est en dehors du réservoir urinaire qu'il faut chercher la cause.

Pour remonter à la valeur diagnostique des souffrances que la malade rapporte à la vessie, il sera indispensable de faire un examen complet, non seulement de ce dernier organe, mais de tous les autres organes renfermés dans le petit bassin.

Les troubles les plus fréquents produits par les fibromes sur l'urèthre et la vessie sont la rétention et l'incontinence d'urine.

Dans les fibromes de la paroi postérieure de l'utérus, cet organe est naturellement reporté en avant. Le col est repoussé en avant vers la symphyse et très difficilement accessible au toucher. L'urèthre reçoit une pression de bas en haut, est plus ou moins écrasé entre le col utérin et la symphyse et s'oppose ainsi au libre écoulement de l'urine. De même dans les fibromes du col.

La rétention d'urine qui se produit n'est pas continue,

mais survient au contraire à des intervalles plus ou moins irréguliers, sous une influence quelconque, congestive le plus souvent (règles, ménopause).

In thèse Castet, Bordeaux, 1906, nous relevons l'observation d'une malade chez laquelle un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus se manifesta d'abord par des troubles de la miction (dysurie, pollakiurie). Puis au bout d'un an, rétention complète pendant toute une journée. La sonde ramène une grande quantité d'urine. Le lendemain, nouvelle rétention. On sonde de nouveau. Au bout de plusieurs mois, nouvelle rétention et nouveau sondage. Puis tout rentre dans l'ordre. Dans l'intervalle, la malade urine seule et sans difficulté. L'examen montre le col utérin reporté en avant vers la symphyse, et, dans le cul de sac postérieur on sent une tumeur dure, élastique et bosselée, mais complètement mobile. Le diagnostic est celui de fibrome de la paroi postérieure, comprimant l'urèthre et expliquant les troubles de la miction.

Pour avoir de la rétention d'urine, il n'est pas nécessaire que l'urèthre soit comprimé; que la vessie subisse une pression sur son corps et surtout sur son col et le résultat sera le même : l'obstacle siège plus haut, mais il n'en existe pas moins. C'est alors que les malades prennent les positions les plus variées pour tâcher de débarrasser leur vessie. Grâce à la position gèneupectorale, au décubitus dorsal et latéral, elles parviennent parfois et toujours avec beaucoup de peine, à émettre quelques gouttes d'urine ; mais encore faut-il que le fibrome soit mobile pour s'éloigner de la vessie sous l'influence de son poids.

La malade devra avoir recours au sondage quelquefois

rendu difficile parce que l'urèthre, écrasé contre le pubis, admet avec peine le cathéter évacuateur.

Le diagnostic de rétention n'est pas ordinairement difficile : quand une malade n'émet pas d'urine, la première idée qui vient à l'esprit est celle de la rétention. L'erreur peut se produire cependant : c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une fausse miction par regorgement. Un examen attentif nous montrera dans ce cas une tumeur médiane, saillante, et un cathétérisme lèvera tous les doutes, en amenant l'issue d'une grande quantité d'urine, en même temps que l'affaissement de la tumeur.

Au lieu de rétention, les fibromes peuvent provoquer de l'incontinence. Celle-ci se produit de deux façons différentes, selon que le fibrome agit sur le col ou sur le corps de la vessie.

Fréquemment enfin, on trouve de la cystite associée au fibrome de l'utérus. L'infection peut être directe. Malgré toutes les précautions aseptiques, les microbes ont été entraînés par la sonde qui s'est elle-même infectée au contact de la vulve, milieu septique par excellence. La congestion d'autre part des organes du petit bassin, causée par la présence du fibrome, a un rôle incontestable. Monod le prouva en 1880 dans les Annales de gynécologie par de nombreuses observations.

C. Compression urétérale. Accidents locaux.

Les rapports intimes de l'utérus avec la vessie et l'extrémité terminale des uretères donnait parfois aux maladies de cet organe une gravité toute spéciale.

On conçoit facilement que les corps fibreux puissent, avec une grande facilité amener la compression des uretères. Celle-ci peut se produire dans 2 conditions différentes :

Ou bien le fibrome est de petit volume, mais sa situation sur la face postérieure du corps utérin, son enclavement dans le petit bassin, sa consistance dure et élastique lui permettent une action directe et pour ainsi dire immédiate sur l'embouchure des conduits vecteurs de l'urine.

Ou bien encore le fibrome a franchi le détroit supérieur et peut se déplacer librement dans l'abdomen, mais toujours, il est fatalement ramené par son poids vers les parties déclives où cheminent les uretères. La compression de ces conduits, commencée dans la première phase de l'évolution de l'hystérome (corps fibreux pelvien), se continue ainsi dans la seconde phase (corps fibreux abdominal). Elle peut amener soit une simple distension des voies parcourues par l'urine, soit une désorganisation plus ou moins complète des organes sécréteurs. Il arrive, le plus souvent, que cette compression porte surtout sur l'un des deux côtés, en sorte que la lésion se trouve sinon tout à fait localisée sur un des reins, au moins beaucoup plus marquée sur lui que sur son congénère ; mais ce dernier, soumis pourtant à un certain degré de gêne fonctionnelle, et, en outre, forcé de déployer une suractivité compensatrice, ne tarde pas à s'altérer à son tour.

Le nombre relativement restreint des observations de compression urétérale au cours des fibromes de l'utérus est en partie expliqué par le fait que cette complication passe souvent inaperçue au cours de l'opération et que les troubles urinaires constatés sont rapportés par le chirurgien à

leur cause la plus probable, à la compression de la vessie par la tumeur.

Si l'on examine ce qui se passe dans la ligature expérimentale des uretères, on peut facilement déduire ce qui va se produire dans la compression par un fibrome, puisque l'uretère se trouve placé dans les mêmes conditions.

Mercklen a montré qu'au dessus de la striction, il se produisait une dilatation du conduit, avec des altérations cellulaires et parfois une inflammation. De même Strauss et Germont (*Arch. de physiologie*, 1882); Albarran et Legueu (*Congrès français de chirurgie* 1892), Cornil et Brault (*Etude sur la pathologie du rein* 1884). Dans les cas de compression modérée, la dilatation de l'uretère n'est la plupart du temps pas soupçonnée. On la découvre à l'opération, au premier abord, si le conduit est très augmenté de volume ou seulement après des recherches spéciales et parfois très minutieuses. Quelquefois cependant cet état donne lieu à des crises de rétention d'urine passagères, bien rarement rattachées à leur vraie cause. Ces cas de compression modérée sont indubitablement les plus fréquents et ils n'apportent aux malades que peu d'inconvénients. Castet, in thèse Bordeaux 1906, a signalé des uretères qui présentaient des diamètres de 7 à 13 m/m. Les symptômes fonctionnels qui s'étaient manifestés au cours de la maladie avaient consisté en difficulté pour uriner et en fréquence croissante de la miction.

C'est au niveau du détroit supérieur que la compression s'exerce le plus souvent. Le fibrome a généralement un développement pelvien. Il écrase, en se développant, un uretère ou les deux contre la ceinture osseuse pelvienne.

Une complication, rare il est vrai, de la dilatation des

uretères est constituée par les adhérences qu'il peut contracter avec le fibrome ou avec les organes voisins. Parfois ces adhérences sont fragiles et se déchirent facilement au cours de l'opération. D'autres fois, elles sont très résistantes et nécessitent une dissection attentive du conduit urinaire. Il peut se faire qu'au lieu de se former autour d'un uretère dilaté, les adhérences soient la cause de la dilatation elle-même. Il suffit qu'une bride passe au-dessus de l'uretère et le comprime. Le cours de l'urine sera interrompu et il s'en suivra une dilatation.

Jusque-là, nous n'avons considéré que l'action purement mécanique du fibrome sur l'uretère. Mais il peut se produire des complications infectieuses. Que l'urine contenue dans un uretère dilaté ne soit pas aseptique, mais contienne au contraire des microbes des suppurations ordinaires ou microbes propres aux suppurations urinaires, et nous assisterons à l'infection des voies urinaires : à la pyo-urétéríte. Il y a donc une diminution de vitalité et l'organe se prêtera bien plus facilement à l'infection.

Et malgré les rapports étroits entre l'utérus et le conduit vecteur de l'urine, malgré l'espace restreint dans lequel évoluera un fibrome à développement pelvien, nous savons combien l'uretère résiste à ces compressions et le plus souvent son calibre apparaît normal au moment de l'intervention. Toutes les fois que ses tuniques restent indemnes, que leur épaisseur n'est pas envahie par un tissu de nouvelle formation, à tendances rétractiles (comme c'est le cas pour le cancer) l'uretère lutte, hypertrophie sa couche musculaire et ne se laisse distendre que lentement.

Contrairement d'ailleurs, à ce qui se passe lorsqu'un néoplasme du col aura envahi les tissus environnants, l'ure-

tère garde souvent toute sa mobilité et échappe ainsi à une compression permanente de la tumeur fibreuse.

D. Compression urétérale. Complications rénales.

La compression de l'uretère ne se bornera pas à provoquer des accidents locaux. Elle agira sur l'organe situé en amont. Le rein est presque toujours lésé. Comme pour les uretères nous trouverons du côté du rein en tant que complication des fibromes, des lésions d'ordre mécanique et des lésions d'ordre inflammatoire et suppuratif.

Une complication rare, mais réelle pourtant, d'ordre mécanique est l'hydronéphrose : c'est l'accumulation de l'urine dans les calices et les bassinets distendus. V. Ros-thom (Prager med. Wochen, 1893, n° 10) cite le cas d'une hystérectomie abdominale totale avec arrachement de l'uretère droit complètement aplati contre la tumeur. A l'autopsie on trouve une hydronéphrose double.

Rayer rapporte aussi des cas où la distension est extrême. La substance rénale est considérablement amincie par places ; en d'autres endroits elle est remplacée par une bande de substance de 2 à 3 cm. avec disparition complète des éléments caractéristiques du rein.

Le résultat de la pression continue, sur le parenchyme rénal, aboutit à l'atrophie excentrique du rein. Le volume apparent peut être conservé, augmenté même.

Quand, à cette lésion purement mécanique, vient s'ajouter un élément inflammatoire ; les altérations s'étendent le long des tubes, mais conservent une prédominance marquée

dans les parties immédiatement en contact avec les calices distendus.

Si l'urine immobilisée par la compression de l'uretère contient des germes septiques, nous assisterons au développement d'une pyélo-néphrite.

Toutes les lésions que nous venons d'examiner peuvent aboutir à une complication, la plus grave, l'« Intoxication urémique ».

Pozzi, (Th. de Gynécologie, T. I p. 353) et bien des auteurs, avant lui, ont signalé les troubles rénaux graves qu'entraîne la compression des uretères.

Merphy (London jour. of méd. Oct. 1849) semble avoir fait une des premières communications. Depuis lors de nombreuses observations étaient éparses dans la science :

Hanot, Soc. anat. 28 Février 1873, p. 181.

Milliot, Thèse Paris.

Fourestié Gaz. méd. de Paris 1875 p. 69 et 82.

Lee et Skene, Soc. obstét. de New-York, 20 Avril 1886 (Amér. jour. of obstét. Juin 1886, p. 606).

Salin et Wallis. 1887, t. XLIX, n° 2.

Porak. soc. gyn. Paris, 13 Janvier 1887 (Ann. gyn. fév. 1887, t. XXVII p. 140.

Pozzi. Ann. gyn. Juillet 1884, t. XXII p. 1, a montré que la crainte de cette redoutable complication considérée à tort comme très rare par Gallard dans ses « Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1879 p. 888 » devait au contraire constituer une puissante indication opératoire.

Il nous a paru intéressant de passer rapidement en revue les quelques premières observations et opinions des auteurs à ce sujet.

Murphy. Journ. of. méd. (Oct. 1849 p. 981) rapporte l'observation d'une :

« Tumeur fibreuse comprimant les uretères et ayant amené de graves désordres ».

Une femme présentait des troubles urinaires accentués, symptômes de rétention d'urine ; la sonde n'amène rien. L'état s'aggrave et la malade meurt. L'autopsie montre une tumeur fibreuse de l'utérus considérable. La vessie était vide et contractée. Les uretères étaient énormément distendus et tortueux, comprimés par la tumeur. Les reins étaient augmentés de volume et à une période avancée de la maladie de Bright.

Hanot (Soc. Anatomique de Paris, 28 Fév. 1873) rapporte le cas d'une :

« Hydronéphrose double ayant amené une urémie mortelle dans un cas de tumeur qui avait 12 cm. de diamètre et avait contracté des adhérences ».

Hubert. Bull. Soc. anatom. Année 1873, cas de Doubleau.

Une femme présentait de l'albuminurie depuis quelques temps. On constate une tumeur volumineuse qu'on ne peut énucléer. La femme meurt au milieu de symptômes cérébraux qui, peut-être, dit l'auteur, étaient en rapport avec les lésions de néphrite intesstitielle constatées à l'autopsie.

Fourestié : Sur les complications des tumeurs fibreuses de l'utérus. Gaz. méd. 13 Juin 1875.

Lorsque la tumeur est mobile, la compression qu'elle exerce sur les organes voisins n'est pas suffisante pour amener leur mortification ni pour s'opposer au cours des matières. Et cependant les reins peuvent devenir le siège de graves lésions :

Les accidents de néphrite sont, dans ce cas, les plus fré-

quents, le plus souvent ils se développent d'une façon insidieuse sans que rien nous avertisse des troubles profonds survenus dans la circulation rénale.

Lee. Grossesse de 4 mois $1/2$, compliquée de 3 corps fibreux de la grosseur d'une pomme qui comprimaient la vessie dont le fond était enclavé et le col au-dessus de la symphyse : tentatives infructueuses de dégagement; mort. A l'autopsie : pyélo-néphrite.

Skene (Soc. obstét. de NewYork. 20 Avril 1886).

3 cas de pyélo-néphrites mortelles, conséquence de la pression d'un fibrôme sur le col vésical. Il croit ce cas plus fréquent qu'on ne le pense.

Solin et Wallis (Hygiaca, 1887, t. XLIX, n° 2).

Il s'agissait d'une femme de 40 ans chez laquelle la castration fut suivie d'oligurie, de phénomènes d'urémie et d'albuminurie légère. La mort survint au bout de 7 jours. A l'autopsie, on trouva les uretères comprimés et épaissis, les bassinets dilatés.

In thèse Paris, 1889 dans une « Etude sur le Rein des urinaires », Albarrau établit l'anatomie pathologique des lésions produites par la compression des uretères chez l'homme, par analogie avec celles produites expérimentalement par la ligature aseptique. Il conclut, pour ce qui n'a pas été vu chez l'homme dans une phase peu avancée de l'affection, en se fondant sur ce que l'expérimentation démontre.

D'abord, l'uretère, le bassinets, les calices sont largement dilatés par le liquide qu'on aperçoit par transparence à travers leurs parois amincis. Le liquide contenu est de réaction acide et de couleur très claire. Il contient une petite quantité d'urée, de l'albumine et ne présente pas d'élé-

ments cellulaires. L'étude histologique des reins des animaux en expérience montre qu'il s'agit, dans un premier stade, d'une dilatation commençant par les glomérules, dont le paquet vasculaire est refoulé, pour gagner ensuite tous les canaux du rein. Les épithéliums s'atrophient, tandis que le tissu conjonctif, infiltré de liquide, ne subirait aucune autre modification.

Puis arrive la deuxième phase où les lésions rénales se confirment peu à peu avec toutes leurs conséquences.

En 1893 enfin, à Lyon, le Professeur Rochet, dans la Gazette des Hopitaux, a fait un travail d'ensemble sur la question. Il est traité, plus spécialement, dans ce mémoire, des indications opératoires légitimées par la notion de lésions rénales, au cours de certaines tumeurs abdominales.

Complications rénales par cause indirecte.

Les lésions du rein peuvent aussi être consécutives à un trouble cardiaque, lui-même secondaire au myome utérin. Or Pozzi (Tr. de gynécologie, t. I. p. 351) montre la fréquence des lésions du cœur, lors des tumeurs abdominales. L'hypertrophie avec ou sans dilatation des cavités ou altération consécutive de la fibre, se produit alors sans doute, par processus analogue à celui qui amène l'hypertrophie durant la grossesse. On a signalé deux sortes de dégénérescences de la fibre cardiaque, l'altération graisseuse et l'atrophie brune du myocarde.

Sébileau, dans la revue de chirurgie 1888, pages 284 et 369, a insisté sur la dilatation ou l'hypertrophie du cœur gauche surtout dans les grosses tumeurs de l'abdomen.

Strassmann et Lehmann ont constaté aussi des altérations cardiaques dans 29 cas sur 71 femmes atteintes de fibromes utérins. Ils inclinent même à penser que les myomes, les altérations vasculaires et myocardiques sont l'expression d'une seule et même affection. Dans ces cas complexes, l'intervention serait donc contre indiquée.

Pozzi a montré aussi que toute tumeur abdominale causait une augmentation de pression vasculaire et réagissait, par suite sur le muscle cardiaque. Hofmèier, en 1884 (Soc. de gyn. de Berlin, 24 Oct. 1884), dans un article remarquable sur la physiologie pathologique du shok a insisté sur la fréquence des maladies du cœur dans les tumeurs abdominales et en particulier dans les gros fibromes. Il a relaté une série de 18 observations provenant du service de Schröder où la mort subite, par arrêt du cœur, avait été provoquée par une tumeur abdominale. Dans 3 cas il y avait dégénérescence graisseuse avancée de la fibre cardiaque; dans 15 cas atrophie brune du myocarde.

Symptômes et lésions du rein cardiaque pourront donc être mis sur le compte de la tumeur fibreuse abdominale.

CHAPITRE II



SYMPTOMATOLOGIE



Quels symptômes peuvent traduire l'influence nocive d'une tumeur utérine sur les fonctions rénales ? Nous n'insisterons pas sur les symptômes des complications des fibromes du côté de l'urèthre et de la vessie.

Or l'aboutissant de toutes les complications décrites, c'est-à-dire les signes par lesquels se manifestent les troubles rénaux peut revêtir des formes cliniques extrêmement variables :

Assez souvent nous ne trouvons aucun signe urinaire dans le développement des fibromes utérins. Qu'un jour on analyse les urines de la malade et l'on sera tout surpris d'y trouver de l'albumine, à doses variables : tantôt des traces, tantôt 2 à 3 g. Et tout se borne là, la présence d'albumine dans l'urine demeure un fait accessoire. « Vraisemblablement, dit Pellanda in thèse Lyon 1905, il s'agit ici soit de compression passagère des uretères, au cours de phénomènes congestifs de la tumeur, soit de congestion rénale également transitoire. Fait capital, on ne trouve jamais dans ces cas de cylindres urinaires.

Très rarement de petits signes de brightisme viennent donner l'éveil : œdème, céphalée, vomissements, troubles cardiaques peuvent faire songer aux urines et révéler la lésion. Quelquefois c'est l'éclosion de troubles mentaux (Ehlholtz, Wiener Klin, Wochensch. 1898. N° 29). Certaines malades deviennent irritables. Leur caractère se modifie défavorablement. C'est une agitation singulière qui les tourmente. Et puis une véritable psychose peut apparaître. Qu'on mette la malade à un régime de désintoxication et on obtient rapidement une amélioration notable. C'est donc déjà l'annonce de complications plus graves.

Mais, en résumé, on remarque le très faible retentissement des lésions rénales dans une longue période antérieure aux accidents.

Assez souvent, l'attention du chirurgien sera attirée du côté du rein par des symptômes d'urémie. Or, le fibrome ne crée pas un obstacle d'une manière brusque. Aussi est-il très rare que cette urémie s'établisse d'une façon aiguë. Les accidents se déclareront peu à peu, lentement, insidieusement.

Cette urémie peut alors se manifester dans sa forme gastro-intestinale et c'est souvent ainsi que l'intoxication s'annonce. C'est d'abord du dégoût pour certains aliments, de la pesanteur après le repas.

Puis viennent des vomissements bilieux ou alimentaires, avec douleur épigastrique et crises intermittentes de diarrhée.

L'urémie peut aussi revêtir la forme comateuse.

Les malades deviennent apathiques, étrangères à ce qui les entoure : cet état peut aboutir au coma. — Enfin on peut encore voir la forme convulsive et celle-ci peut aboutir à ce qu'on décrit sous le nom de folie brightique.

A côté de cette urémie lente, consécutive à l'oblitération progressive des uretères, il existe une forme de l'urémie, par obstruction subite des mêmes conduits, ou urémie par anurie simple.

Les phénomènes les plus caractéristiques de la grande urémie peuvent se montrer, et la malade mourir avec la céphalée intense, les vomissements, les troubles de la vue, etc... constatés habituellement en pareil cas.

Mais qu'une intervention soit pratiquée, qu'on désenclave la tumeur et la malade guérit rapidement. Pour Pellanda, l'interprétation la plus plausible est une insuffisance momentanée du rein qui devient incapable, par suite de phénomènes congestifs dus à une cause variable, d'éliminer les poisons formés dans l'organisme.

Parfois, on ne remarque aucun symptôme. L'intervention a été décidée. Et brusquement l'urémie ne se produit qu'après l'opération et Pozzi insiste sur ce fait que nombre de morts survenant après des interventions gynécologiques sont dues à une néphrite ignorée et aggravée par l'absorp-

tion des anesthésiques : c'est l'urémie post-opératoire du Professeur Rochet (Mort fréquente par urémie à la suite d'ablations de tumeurs comprimant les uretères : Gazette des Hôpitaux, 23 Décembre 1893). Pellanda a résumé dans sa thèse l'opinion du professeur lyonnais : « La patiente offre une agitation singulière, des troubles respiratoires, un pouls rapide, des vomissements abondants, de fréquentes envies d'uriner. La terminaison fatale est en général précocce, le second ou 3^e jour.

Quelles sont les causes de cette urémie post-opératoire ? La condition essentielle semble être l'existence de lésions préalables du rein, mais pourquoi la néphrite, à peu près tolérée jusque-là, éclate-t-elle en accidents mortels ? Est-ce un arrêt brusque et réflexe de la sécrétion rénale, une destruction de l'épithélium rénal par l'agent anesthésique ? Une sorte de congestion ex vacuo du rein, secondaire à la déplétion brusque de l'appareil urinaire ?

Ce sont là autant d'hypothèses.

La constante d'Ambarà dans la Symptômatologie des lésions rénales, dans les indications et contrindications opératoires.

Longtemps on resta incapable de connaître l'état fonctionnel du parenchyme rénal.

L'insuffisance des moyens cliniques ne permettait que d'avoir des probabilités à cet égard. On avait d'une part des morts attribuées aux hystérectomies, reconnaissant pour causes les lésions rénales, souvent méconnues, auxquelles l'intervention chirurgicale et la longue inhalation des anesthésiques ont donné une gravité subite (Obs. de Lee-Skene). — Par contre, on a pu voir des accidents d'albuminurie avec menace de phénomènes urémiques disparaître après l'ablation d'un corps fibreux qui comprimait les uretères (Obs. de Porak. Soc. de gyn. Paris 13 Janv. 1887). — Monsieur le professeur agrégé Gayet, dans le compte rendu de la Société des Sciences médicales de Lyon. Avril 1908, publie l'observation d'une malade porteur d'un volumineux fibrome utérin. C'est une femme de 46 ans. Elle est atteinte d'insuffisance mitrale organique ; œdème des jambes, albuminurie. La tumeur abdominale, apparue depuis plusieurs années, s'est développée rapidement depuis 3 ans. En mê-

me temps sont apparues des douleurs plus vives, de la constipation, de la dysurie.

L'examen montre un gros fibrome remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On trouve les signes stéthoscopiques de la lésion mitrale chez cette malade qui n'a jamais eu de rhumatismes. (Nous avons montré précédemment la coexistence fréquente de lésions cardiaques et des fibromes utérins — Sébilleau. *Revue de chirurgie*. 1887.)

On fit alors à cette malade une hystérectomie abdominale subtotale. L'état cardiaque fut amélioré. L'albumine et l'œdème des jambes ont complètement disparu.

Les meilleurs signes possédés à ce moment pour diagnostiquer la valeur fonctionnelle de l'émonctoire rénal (albuminurie, présence du pus dans l'urine, etc...) sont infidèles et inconstants. On en était arrivé à conseiller toujours l'intervention, dans les cas de tumeurs abdominales comprimant les uretères. De deux choses l'une : 1° ou bien les lésions rénales seront peu avancées et la malade sera guérie de sa tumeur et peut-être aussi de ses reins décomprimés par l'ablation de cette tumeur ; 2° ou bien les altérations des reins seront trop avancées, et si la mort survient par urémie, on pourra simplement dire qu'elle a été hâtée par l'intervention (Rochet, *Gaz. des Hôpitaux*, 23 Déc. 1893).

Y a-t-il donc un moyen de diagnostic qui permettrait d'affirmer à coup sûr soit une lésion du rein avec son degré plus ou moins avancé, soit l'intégrité absolue de l'organe ?

Mais ce qui importe surtout, c'est de savoir s'il y a un procédé fidèle qui permettrait pour ainsi dire de classer les malades en 3 catégories :

Les unes seront opérables immédiatement.

D'autres seront opérables encore, mais à une échéance plus éloignée.

D'autres enfin seraient incapables de supporter l'intervention qui pourrait provoquer chez elles cette urémie post-opératoire du professeur Rochet.

Il nous eut été difficile de nous faire une opinion avec le seul concours des observations de gynécologie. Nous nous sommes cru autorisés à suppléer à notre inexpérience par l'expérience acquise en chirurgie urinaire par MM. les Professeurs Chevassu, de Paris et Gayet, de Lyon.

Au congrès d'Urologie de 1913, dans une communication sur « Le Dosage préopératoire de l'urée sanguine et le moyen de déceler les urémiques latents », le P^r Chevassu a montré toute l'infidélité dont est susceptible la recherche de l'albumine dans les urines, classique pourtant, avant toute opération. — Les travaux de l'Ecole médicale française ont en effet établi que la quantité d'albumine constatée dans les urines n'était nullement en rapport avec le degré des altérations rénales du sujet considéré. Le P^r J. Teissier a montré des albuminuries dites physiologiques qui semblaient n'accompagner aucun trouble appréciable de la fonction rénale. Mais surtout il est des néphrites chroniques accentuées dans lesquelles les urines ne contiennent que fort peu d'albumine, ou même en sont complètement dépourvues. Les reins pourtant sont profondément lésés et opérer ces malades sous anesthésie générale serait aller au devant d'une catastrophe. Or Widal et Castaigne ont montré qu'à côté des néphrites hydropigènes, facilement diagnostiquées, ces néphrites urémiques, au contraire, peuvent être latentes et se rencontrer chez des individus qui ont gardé toutes les apparences de la santé.

La recherche de l'albumine dans l'urine, pour déceler les urémiques latents est donc un moyen infidèle et donnant une sécurité trompeuse.

L'analyse complète des urines ne donne guère de renseignements plus utiles ; les quantités d'urée trouvées dans les urines varient suivant l'alimentation du sujet tout autant que suivant le degré de son imperméabilité rénale.

La fonction uréo-sécrétoire a surtout retenu l'attention des cliniciens. Aussi, depuis surtout les travaux de Widal et Javal, c'est au dosage de l'urée dans le sang que l'on s'adresse pour déceler les azotémies même légères. M. Mollard, dans un article récent du *Lyon Médical* (Mollard, de l'Azotémie. *Lyon médical*, 17 mars 1912, n° 11) a parfaitement exposé l'état actuel de cette question de l'Azotémie. — Mais le Professeur Gayet a montré que cette méthode excellente et capable de renseignements utiles est encore insuffisante. Soit deux sujets en effet qui ont 0 gr. 40 d'urée par litre de sang. Le premier, vigoureux, gros mangeur de viande élimine 40 gr. d'urée par 24 heures dans ses urines. Le second est un sujet débile qui n'en élimine que 10 grammes. Le second seul, évidemment sera azotémique.

Ambard (1) a fait connaître, il y a 3 ans, un perfectionnement de la méthode de Widal, basé sur la comparaison de l'urée du sang à l'urée de l'urine recueillie simultanément. Le Professeur Chevassu considère cette recherche de la constante d'Ambard comme très prudente toutes les fois

(1) Ambard et Moreno, *Soc. de Biologie* 1910. *Semaine médicale*, 1910, p. 181 — Chevassu. *Presse médicale* 12 et 15 Juin 1912 — Savidan. *Th. Paris* 1912 — Gayet et Boulud. *Lyon médical*, 19 Janvier 1913 — Legneu. *Jour. d'urologie* 1913.

qu'il faut recourir à la narcose. Elle deviendrait presque indispensable chez certains sujets, en particulier chez « les femmes dont les grossesses ont pu altérer le rein, et surtout les femmes atteintes d'affections gynécologiques susceptibles de troubler les reins en comprimant les uretères » (Chevassu. Congrès d'urologie. 1913).

Il rapporte les observations de 2 malades présentant des azotémies voisines de 0 gr. 50. L'une, atteinte de fibrome avait 0 gr. 48 d'urée par litre de sang. L'autre, atteinte de cancer de l'utérus avait 0,51. La constante d'Ambard était 0,104 ; c'est donc bien loin de sa valeur normale oscillant vers 0,07.

Le Professeur Chevassu rapporte encore l'observation d'une franche insuffisance rénale qu'il put examiner chez une femme entrée d'urgence à la Pitié le 26 Janvier 1913 dans le Service du Docteur Thierry. Le diagnostic avait été celui d'occlusion intestinale à cause des vomissements que présentait la malade. L'examen montra une volumineuse tumeur abdominale et le diagnostic de fibrome fut posé. Les troubles rénaux étaient manifestes : pouls extrêmement tendu, myosis. Le chirurgien attribua alors les vomissements et la plupart des troubles à l'insuffisance rénale. L'intervention fut ajournée et la malade fut placée sur le ventre, « de manière à dégager relativement les uretères ». Le lendemain matin, la malade allait mieux. On fit la constante d'Ambard qui était de 0,205. Par la suite les accidents s'apaisèrent et l'intervention montra un kyste à pédicule tordu.

Il semblerait donc logique d'admettre que chaque fois où une tumeur fibreuse de l'utérus aura retenti soit directement, soit indirectement, par les mécanismes étudiés plus

haut, sur l'intégrité du parenchyme rénal, la constante d'Ambard sera immédiatement troublée. Réciproquement toute constante mauvaise signifierait lésion rénale plus ou moins accentuée.

Nous nous croyons encore autorisé à raisonner et conclure pour ce qui est des troubles rénaux consécutifs aux fibromes utérins, par analogie avec ce qui se passe en chirurgie urinaire. Nous nous baserons sur l'expérience acquise par M. le P^r Gayet qui a montré que « la constante, à elle seule ne peut donner l'image fidèle des altérations anatomiques rénales ».

(a) D'une part, albuminurie accentuée, lésions rénales ne s'accompagnent pas forcément d'une mauvaise constante. Nous avons l'observation d'une malade du Service de notre maître, M. le D^r Alberty, atteinte d'un volumineux fibrome utérin. Elle présente un disque d'albumine considérable.

Or, après une prise simultanée de 70 c. de sang et de l'urine émise pendant 1/2 heure, Monsieur Boulud, pharmacien en chef de l'Hôpital St-Pothin a bien voulu nous donner la constante :

Malade Nautillon, Lit N° 42, S^e du D^r Albertin.

Urine :	volume	1 heure	26 c.
	urée	0/00	22,40
	urée	24 h.	13,98
Sérum :	urée	0/00	0,25

$$K = \frac{0,25}{13,98 \times \frac{70}{90} \times \frac{22,4}{25}} = 0,078$$

Cette constante était normale. La malade n'avait que 0 g. 25 d'urée par litre de sang.

Le D^r Gayet a publié aussi l'observation de 2 malades avec $Az=0,37$, $K=0,079$. Or l'autopsie montra des lésions très étendues du parenchyme rénal, tuberculeuses pour l'un, néoplasiques pour l'autre. Il conclut alors que « la constante d'Ambard peut être un interprète utile de l'*Etat physiologique* du rein, de sa capacité uréo-sécrétoire; elle ne doit jamais être invoquée comme preuve de l'intégrité *Anatomique* ».

(b) Chez d'autres malades, au contraire, la constante s'élevait à 0,648. Le pronostic semblait déplorable. Ceci se passait chez des malades souffrant de rétention considérable. Or, la cystostomie, la sonde à demeure quelquefois ont suffi par faire tomber ces constantes à 0,1 ou 0,2. La rétention est à elle seule un facteur important d'Azotémie, comme l'ont montré Guyon et Albarran.

Guyon, à l'Académie des Sciences, 1892, le 29 Février, montre l'influence de la tension intrarénale sur la fonction du rein. Il conclut que lorsqu'il n'est plus soumis à la tension intrarénale produite par l'urine retenue, ce rein retrouve, jusqu'à un certain point, la faculté d'élimination.

La constante d'Ambard indiquera donc un trouble de la Fonction. Elle n'est pas l'indice d'une lésion anatomique. Tout peut rentrer dans l'ordre après disparition de l'obstacle.

Si cette donnée nouvelle n'a qu'une valeur relative dans le diagnostic de la lésion du rein, elle prend une autre valeur dans le pronostic vital et dans l'indication du moment où l'on peut tenter une intervention.

De deux malades de M. Gayet l'un avait 1 g. 68 d'urée sanguine, et $K=0,456$. Après 15 jours de sonde $K=0,24$ et

$Ar = 0,51$. Après cystostomie $K = 0,127$ et $Ar = 0,36$. Ce malade fut opéré et a guéri.

L'autre, en rétention aiguë, présente $Az = 1,40$, $K = 0,619$ 3 semaines de sonde font à peine tomber ces chiffres : $Az = 1,23$, $K = 0,544$.

Le malade meurt en coma urémique.

La méthode d'Ambard sert donc à établir nettement les contrindications opératoires.

Chez les malades atteintes de fibromes utérins, il ne semble donc plus qu'il faille toujours et immédiatement intervenir, qu'elles soient ou non en imminence d'urémie.

La constante sera établie. Si elle est mauvaise, on se gardera bien d'intervenir tout de suite. Mais d'autre part, ce rein dont la fonction seule est peut-être troublée à ce moment sans qu'aucun autre symptôme ne nous avertisse, verra peu à peu son parenchyme propre être envahi par les lésions. Il faudra donc mettre la malade à un régime approprié, tâcher par tous moyens possibles d'abaisser la constante. Si cette chute se produit, on interviendra alors tout de suite. Si aucune amélioration n'a lieu, si l'Ambard reste élevé, le pronostic est mauvais. L'anesthésie nécessaire à l'intervention risquerait de provoquer ces morts subites attribuées à l'urémie post-opératoire.

La méthode nouvelle ne semble donc pas être une contreindication absolue à l'intervention retardée. Elle indique le moment où une opération radicale devient possible et son rôle dans le choix des indications nous paraît de première importance.

CHAPITRE III

Intervention précoce dans les myomes utérins !

« L'emploi de la meilleure technique, a dit Pozzi, et la pratique de l'asepsie la plus rigoureuse, ne permettront jamais de réduire à néant la mortalité opératoire chez des femmes atteintes souvent de dégénérescence du cœur et des reins ».

« Il y a lieu, a dit Guillaume in Thèse Lyon 1910, d'examiner si l'intervention précoce n'est pas le meilleur traitement du myome utérin ».

Nous avons vu les troubles graves que les tumeurs fibreuses de l'utérus peuvent provoquer du côté de l'émonctoire rénal. C'est d'abord pour ainsi dire un trouble fonctionnel souvent compatible avec les apparences d'une parfaite santé. L'albumine peut être absente. Sa présence même ne signifie pas tout de suite « lésion anatomique ». Toute congestion passive de cause directe ou indirecte peut la produire. La constante d'Ambard peut être à peine troublée. Mais qu'on laisse évoluer et peu à peu les troubles s'accroîtront. C'est une vraie néphrite interstitielle qui s'établira. Le syndrome urémique peut même faire son apparition.

L'intervention précoce évitera donc tous ces accidents probables, cas si fréquents, sur le rein, et qui assombrissent considérablement le pronostic des fibromyomes utérins. Combien d'ailleurs de malades albuminuriques furent complètement guéries après l'opération ! Pozzi a rapporté l'observation d'une hystérectomie pour un corps fibreux de l'utérus, compliqué d'albuminurie et d'hydronéphrose. La guérison fut complète. (Obs. Pozzi. Ann. de gyn. 1884). Il suffit de regarder la statistique que nous rapportons plus loin pour voir combien le cas présenté par Pozzi est fréquent chez les malades opérées avant 40 ans.

Il est illusoire d'ailleurs de compter sur une amélioration à la ménopause : Guillaume l'a suffisamment démontré dans sa thèse, en 1910 : « Le myome utérin à la ménopause ».

La statistique que M. le Docteur Albertin a bien voulu nous confier montre à l'évidence la rareté des accidents chez les malades opérées avant 40 ans. Il semble bien, d'après l'examen de ces cas, que la gravité opératoire augmente en raison directe de l'âge des malades.

Mais est-ce à dire que tout myome diagnostiqué avant 40 ans doit être opéré ? La statistique répond oui. Mais dans la pratique il en est autrement. Nous ne nous arrêtons point à l'opinion de Verneuil : « les chiffres accusés par les chirurgiens les plus habiles à la suite de l'opération, présentent un contraste frappant avec la rareté de la mort par myomes inopérés ». Il a oublié que la chirurgie a fait diminuer les morts sans intervention, en les prenant à son compte.

Mais l'absence d'inconvénients pour la malade, souvent n'autorise pas le médecin à poser l'indication opératoire.— D'autre part nous savons qu'une grossesse peut parfaitement évoluer jusqu'à terme dans un utérus fibromateux. L'accouchement même peut se passer normalement si la tumeur est petite, abdominale ou même à développement pelvien si elle est insérée par un pédicule au corps de l'utérus. Elle peut en effet remonter dans ce cas et libérer ainsi le détroit supérieur. Il est même recommandé, à moins de troubles graves, de ne presque jamais intervenir pour un fibrome pendant la grossesse. Au moment du travail, on verra alors la conduite à tenir (Albertin-Commandeur). — Donc, chez une femme jeune et qui désire une grossesse, le médecin non plus n'est pas autorisé à poser l'indication opératoire. D'autre part, quel que soit l'âge, les troubles rénaux trop graves peuvent, à eux seuls constituer une contrindication. La méthode d'Ambard sera là pour différencier les cas que l'on doit ou que l'on peut opérer, de ceux que l'on devra respecter sous peine d'aller au devant d'une mort subite par urémie postopératoire.

Dans les cas examinés plus haut où le chirurgien devra s'abstenir, l'expectation comportera des réserves sur l'ag-

gravation du pronostic avec l'âge et cette expectation sera complétée par des examens qui permettront de suivre l'évolution de la tumeur et son retentissement sur l'état de santé général de la malade.

Statistique du Docteur Albertin

(1904-1913)

Il suffira de regarder cette statistique pour voir combien sont fréquents les troubles urinaires dans l'évolution des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Nous avons pu relever de 1904 à 1913 jusqu'à 146 malades qui avaient présenté soit des troubles à la miction (pollakiurie souvent, retention), soit de l'albumine dans les urines. Nous avons relevé 4 cas d'albuminurie post-opératoire qui ont guéri d'ailleurs rapidement ensuite sous l'influence du régime. Il semble logique d'admettre que le rein se trouvait pour ainsi dire dans un état d'équilibre instable. Le traumatisme de l'opération, l'anesthésique ont suffi à le rendre insuffisant.

NOMS	AGE	DÉBUT des Symptômes	SYMPTOMES	RÉSULTAT de l'Intervention
Interventions avant 40 ans				
Gay.....	30	3 mois	Douleurs abdominales. Miction légèrement gênée.	guérison
Loup	34	4 mois	Leucorrhée. Crise douloureuse. Miction difficile (1912).	guérison
Duperr... 36	2 mois		Pollakiurie avec mictions gênées. Albumine. L'albuminurie a disparu après l'intervention	guérison
Gar.....	39	6 mois	Mictions fréquentes et douloureuses (1913)	guérison
The.	36	7 ans	Pollakiurie, dysménorrhée. Urines purulentes. Les urines restent un peu troubles. Mais la quantité est augmentée.	guérison
Ron.....	39	6 mois	Douleurs, pertes blanches, pollakiurie (1913)	guérison
Fragu... 36	1 an		Traces d'albumine, vomissements. . . .	guérison
Mét.....	29	10 mois	Constipation, mictions difficiles et douloureuses.	guérison
Chav.....	39	1 an	Constipation opiniâtre, anorexie (1912) .	mort, 3 ^e jour
Chen.....	39	1 mois	Pollakiurie, métrorragies (juin 1912) . .	guérison
Calaud... 34	2 mois		Pertes blanches, mictions à peine troubles.	guérison
Poth.....	38	7 ans	Douleurs, mictions fréquentes, albumine (1913)	mort
Interventions entre 40 et 50 ans				
Ros.....	46	2 mois	Constipation, mictions difficiles, douloureuses	guérison
Del.	43	3 mois	Dysménorrhée, pollakiurie.	guérison
Jol.....	42	8 ans	Leucorrhée, douleurs, troubles digestifs, incontinence	guérison
Chap,... 43	1 an		Mictions difficiles, douleurs, pollakiurie.	guérison
Baz.....	46	2 ans	Douleurs lombaires, pollakiurie. . . .	guérison
Rob.....	41	8 ans	Pollakiurie (1912)	guérison
Sach.....	47	1 mois	Albumine, elle disparaît après l'opération	guérison

NOMS	AGE	DÉBUT des Symptômes	SYMPTOMES	RÉSULTAT de l'Intervention
Bui.....	49	3 ans	Pollakiurie, rétention légère, albumine .	guérison
Arrd.....	46	2 ans	Mictions pénibles, douleurs, perte des forces	guérison
Van.....	43	6 mois	Albumine, amaigrissement.	guérison
Gué.	45	7 mois	Anémie grave, intermittences cardiaques, albumine, œdème	mort
Pays.....	48	»	Pollakiurie	guérison
Montb. . .	46	5 ans	7 gr. d'urée par litre, albumine	guérison
Chir.	48	1 an	Douleurs, mictions gênées.	guérison
Gou.	47	7 mois	Douleurs, pollakiurie très accusée. . . .	guérison
Mer.....	43	»	Albumine.	guérison
Mai.....	66	3 ans	Sensation de tumeur, pollakiurie, amaigrissement	guérison
Har.....	40	2 ans	Douleurs, mictions fréquentes, dysurie	guérison
Sau.....	41	10 mois	Métrorragies, pollakiurie, constipation...	guérison
Par.....	40	2 ans	Méuorragies, pollakiurie, amaigrissement	guérison
Rob.	47	»	Dysurie	guérison
Rous	44	1 an	Ménorragies, ténesme vésical, palpitations.	guérison
Per.....	45	2 ans	Métrorragies à répétition, dysurie. . . .	guérison
Cuz.....	41	plus. années	Pesanteur, dysurie, rétention d'urine . .	guérison
Pre.....	45	1 an	Constipation, dysurie, amaigrissement .	mort, pneumon.
Pot.....	45	2 ans	Ménorragies, constipation, pollakiurie. .	guérison
Mic.....	42	éloignée	Dysurie, phénomènes généraux, ballonnement.	guérison
Laco.....	40	5 ans	Constipation, pollakiurie, anémie . . .	guérison
Gen.....	41	2 ans	Dysurie peu marquée, amaigrissement .	guérison
Jan.	41	3 ans	Douleurs abdom. et lomb., dysurie. Crises de rétention.	guérison
Bla.	45	14 ans	Ménorragies, albuminurie	guérison
Far.	49	6 ans	Ménorragies, pesanteur, pollakiurie. . .	guérison
Vil.	49	3 mois	Pertes rouges depuis 1 mois, dysurie . .	guérison
Duf.	45	2 ans	Hémorragies, dysurie, anémie	guérison
Bar.	45	»	Quelques caillots, dysurie	guérison

NOMS	AGE	DÉBUT des Symptômes	SYMPTOMES	RÉSULTAT de l'Intervention
Bre.....	49	2 ans	Douleurs, pollakiurie	guérison
Brn.....	46	»	Faiblesse, albuminurie.	guérison
Tri. ...	42 1/2	5 ans	Ménorragies, constipation, pollakiurie. .	guérison
All.....	41	1 an	Crises de rétention d'urine, amaigrisse- ment.	guérison
Rond.....	46	2 ans	Ténésme vésical, anorexie	guérison
Col.	48	5 ans	Constipation, pollakiurie, essoufflement .	guérison
Ch. ...	47 1/2	2 ans	Douleurs à la miction, rétention	guérison
Hub.	45	3 a. 1/2	Douleurs légères, constip., oligurie, ané- mie extrême	mort, 20 mars
Mac.....	44	4 mois	Pollakiurie, albuminurie, galop.	guérison
Lat.	44	3 ans	Constipation, pollakiurie.	guérison
Rev.....	46	2 ans	Pollakiurie et douleurs à la miction. . .	guérison
Bou.....	43	14 ans	Douleurs lombaires irradiées, pollakiurie	
Bug.....	46	1 an	Pollakiurie, douleurs à la miction, albu- minurie	guérison guérison
Gon.....	48	2 ans	Pertes fétides, mictions douloureuses . .	guérison
Dav.....	44	6 ans	Hémorragies, dysurie, anémie	guérison
Bed.....	48	»	Ménorragies, douleurs, albuminurie. . .	guérison
Cai.	43	2 ans	Ménorragies, douleurs, albuminurie. . .	guérison
Doz.	48	12 ans	Pesanteur, pollakiurie, constipation. . .	guérison
Vei.....	42	15 ans	Métrorragies croissantes, albuminurie. .	guérison
Mar.	46	3 ans	Métrorragies, pertes blanches, pollakiurie	guérison
Del.	40	14 ans	Ménorragies, curettage, incont. d'urine	guérison
Cha.....	43	3 ans	Douleurs très vives. Antécédents : rhu- mat. art.	mort albumn. assys 22 jours
Cha.....	46	4 ans	Ménorragies et métrorragies, pollakiurie, dysurie.	guérison
Hig.	47	»	Ménorragies et métrorragies, pollakiurie, dysurie,	guérison
Mon.....	50	2 ans	Pesanteur, constipation, dysurie	guérison
Ren. ...	43	2 ans	Ménorragies, dysurie, dyspepsie	guérison
Tou.....	42	6 mois	Ménorragies, douleurs, dysurie.	guérison

NOMS	AGE	DÉBUT des Symptômes	SYMPTOMES	RÉSULTAT de l'Intervention
Pit.....	45	3 ans	Ménorragies, pertes blanches, pollakiurie, dysurie.	guérison
Bou.....	47	3 mois	Pesanteur, constipation, dysurie, pollakiurie	guérison
Riv.	41	4 mois	Ménorragies, douleurs, pollakiurie . . .	guérison
Ron.....	40	4 ans	Ménorragies, douleurs irradiées, pollakiurie, dysurie	guérison
Rap.....	43	»	Troubles vésicaux, rétention	guérison
Lau.....	46	2 ans	Ménorragies, incontinence légère . . .	guérison
Grob.....	43	8 ans	Ménorragies, rétention d'urine, vomissements	m. 18 juin (néphrite)
Gym... 46 1/2	8 ans		Douleurs lancinantes, dysurie, amaigrissement.	guérison
Pleu.	41	1 an	Pollakiurie, troubles gastriques . . .	guérison
Gui.	42	6 ans	Pertes aqueuses, douleurs, dysurie . . .	guérison
Cey.	40	6 ans	Ménorragies, constipation, dysurie . . .	guérison
Per.	46	2 ans	Ménorragies, dysurie, amaigrissement .	guérison
Vin.	49	10 ans	Ménorragies, dysurie, impotence . . .	guérison
Cha.	41	pl. ann.	Ménorragies, troubles gastriques . . .	guérison
Baz.	42	»	Douleurs à la miction	guérison
Gen.	41	2 ans	Ménorragies, troubles de la miction, cachexie	guérison
Eme.....	44	7 ans	Ménorragies, pollakiurie, albuminurie .	guérison
Ber.	42	8 ans	Ménorragies, pollakiurie, parfois rétention	guérison
Por.	44	8 mois	Douleurs par crises violentes, pollakiurie, anémie.	guérison
Lap.	42	2 ans	Pollakiurie	guérison
Con.....	43	10 ans	Polypectomie, curettage, gêne à la miction	guérison
Ble.	51	10 ans	Ménorragies, albuminurie	guérison
Bel.....	47	1 an	Ménorragies, mictions douloureuses . .	guérison
Arn.	41	6 ans	Dysurie, pollakiurie, albuminurie. . . .	guérison
Bou.....	44	6 ans	Opérée il y a 6 ans, kyste ovaire, dysurie, rétention, cystite, vertiges.	m. p. inf.

NOMS	AGE	DÉBUT des Symptômes	SYMPTOMES	RÉSULTAT de l'intervention
Bey.	46	2 ans	Règles irrégulières, sciatique jambe gauche, pollakiurie.	guérison
Dar.	41	1 an	Ménorragies, caillots, douleurs vives, pollakiurie	guérison
Pon.	46	»	Dysurie	guérison
Prot.	41	»	Règles douloureuses, prolongées parfois, dysurie	guérison
Neb. . . .	45	»	Ménorragies abondantes, constipation, anémie.	mort, œd. poumon
Fl.	42	»	Douleurs abdominales, ménorragies, albuminurie	guérison
Al.	42	»	Douleurs au moment des règles, mictions douloureuses	guérison
Liot.	45	éloignée	Métrorragies, lassitude, albuminurie post-op., galop	guérison
Tne.	45	5 ans	Ménorragies, albuminurie, pollakiurie, œdèmes	guérison
Jar.	43	6 ans	Constipation, pollakiurie, ténésme, albuminurie	guérison
Cle.	44	2 ans	Pollakiurie, dyspirée d'effort, palpitations	mort 5 ^e jour assytole
Au.	43	1 an	Métrorragies, albuminurie, post-opérat.	guérison
Bi.	42	20 ans	Pertes blanches, pollakiurie, mictions douloureuses	guérison
Poi.	43	1 an 1/2	Ménorragies, dysurie, pollakiurie. . . .	guérison
Roc.	43	3 ans	Ménorragies, métrorragies, pollakiurie .	guérison
Pos.	41	2 ans	Ménorragies, douleurs lancinantes, dysurie.	guérison
Laf.	42	3 ans	Douleurs à la miction, pertes aqueuses.	guérison
Lyx.	40	»	Ménorragies, envies fréquentes d'uriner, anémie.	guérison
Sail.	40	3 ans	Métrorragies, dysurie, anémie extrême.	guérison
Cham. . .	45	»	Coliques, pollakiurie, troubles digestifs.	guérison
Fal.	46	2 ans	Dysurie	guérison

NOMS	AGE	DÉBUT des Symptômes	SYMPTOMES	RÉSULTAT de l'Intervention
Interventions après 50 ans				
Lou.....	50	6 ans	Ménorragies, douleurs, dysurie, constipation	guérison
Lev.....	53	18 ans	Ménorragies, douleurs, pollakiurie, palpitations	guérison
Bou.....	52	5 ans	Ménorragies, dyspnée d'efforts, dysurie (1905)	guérison
Mor.....	51	»	Dysurie (14 avril 1906)	guérison
Val.....	50	10 ans	Douleurs, dysurie, rétention d'urine, anémie.	guérison
Lap.....	51	6 ans	Métrorragies, pesanteur, mictions fréquentes (1907)	guérison
Pap.....	56	10 ans	Métrorragies, pollakiurie, albumine (1 ^{er} oct. 1907)	guérison
Sert.	63	10 ans	Constipation, dysurie	guérison
Beu.	64	3 ans	Constipation, pollakiurie.	guérison
Dar.....	50	1 an	Ménorragies, pertes blanches, ténésme vésical, dyspnée	guérison
Fau.....	54	éloignée	Ménorragies, douleurs irradiées, pollakiurie (1908)	guérison
Mau.....	50	1 an	Métrorragies 2 mois après la ménopause, albumine (mars 1908)	guérison
Mer.....	51	9 ans	Rétention d'urine, constipation, albumine	guérison
Per.....	49	15 ans	Métrorragie, dysurie, impotence absolue.	mort 4 ^e jour broncho-pneu-
Mou.	57	»	Douleurs, constipation, pollakiurie . . .	guérison
Bon.....	53	2 ans	Ménorragies, pollakiurie, anémie, dyspnée	guérison
Fil.....	50	pl. ann.	Pesanteur, pollakiurie, douleurs à la miction	mort, collapsus
Ort.....	51	3 ans	Ménorragies, pollakiurie, constipation, anémie.	guérison
Sup.....	56	9 ans	Plusieurs crises de rétention d'urine . .	guérison
Vau.....	50	18 ans	Ménorragies croissantes, dysurie, albumine.	guérison

CONCLUSIONS

1. Les fibro-myomes de l'utérus, au cours de leur évolution, s'accompagnent fréquemment de troubles des fonctions urinaires.

2. Les troubles, par compression de l'appareil excréteur de l'urine, se répartissent soit sur l'urèthre, la vessie ou les uretères. Ils peuvent être le point de départ de troubles fonctionnels ou de lésions du rein, par rétention, avec néphrite et manifestations urémiques à tous les degrés.

3. A côté de ces phénomènes mécaniques, il faut placer les troubles de l'appareil circulatoire (Hypertension), dont les symptômes sont divers et variables suivant la phase de leur évolution et pouvant aboutir au rein cardiaque.

4. La constante uréo-secrétore d'Ambard, est souvent seule capable de dépister les complications graves chez des malades où toutes les autres épreuves étaient restées négatives.

Elle ne paraît pas indiquer forcément une lésion anatomique, mais un trouble fonctionnel de l'émonctoire rénal.

Elle est d'une grande valeur dans le pronostic vital.

Elle indique, d'autre part, le moment propice à l'intervention et oblige à temporiser pour éviter des accidents possibles au cours de l'anesthésie, pouvant aller jusqu'à la mort subite, chez des urémiques latents que, seule, elle peut déceler.

5. En raison de la bénignité de l'intervention chirurgicale dans les fibrômes, il y a lieu de tenir compte des manifestations des troubles urinaires, même légers, pour poser l'indication de l'intervention précoce.

6. La constatation de troubles fonctionnels de l'appareil urinaire, avec lésions latentes ou confirmées, aggrave dans une certaine mesure, le pronostic opératoire, sans cependant constituer, le plus souvent, une contradiction absolue; mais il faut pourtant en tenir compte.

Vu :
LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VALLAS.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 15 Novembre 1913,
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur et par délégation :
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
L. JOSSERAND

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — *Thèse de Paris* 1889. Etude sur le rein des urinaires.
- ALBARRAN et LEGIEU. — *Congrès français de chirurgie*. 1892.
- AMBARD et MORENO. — *Société de Biologie* : 1910 et *Semaine médicale* 1911.
- AMUSSAT. — *Tumeurs fibreuses de l'utérus*. 1842.
- BOURSIER. — *Précis de gynécologie*.
— *Journ. de médecine de Bordeaux*. 1902.
- BAROZZI. — *La gynécologie*. Déc. 1904, p. 481.
- CABOT. — *Boston med. and surg. journal*. 2 Juin 1887, p. 517.
- CASTET. — *Complications urinaires des fibromes utérins*. Th. Bordeaux, 1906.
- CHEVASSU. — *Presse méd.* 12 et 15 Juin 1912, 11 Octobre 1913.
— *Congrès d'urologie*, 1913 : « Le dosage préopératoire de l'urée sanguine, moyen de déceler les urémiques latents ».
- CONDAMIN. — *Lyon médical*, 1889.
- DEPAUL. — *Bull. soc. de chir.* — Oct. 1873.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*.
- FOURESTIÉ. — *Sur les complications des tumeurs fibreuses de l'utérus*, *Gaz. méd. de Paris*, 1875, p. 69 et 82.
- GAYET. — *Association française d'urologie*. « La constante uréo-sécrétoire d'Ambard chez les prostatiques ». 1913.
- GAYET et BOULUD. — *Lyon méd.* 19 Janv. 1913.
- GAYET et BARLATIER. — *Compte rendu des sciences médicales de Lyon*. Tome XLVII. Avril 1908.
- GALLARD. — *Leçons clin. sur les mal. des femmes*. Paris 1879, p. 887.
- GUILLAUME. — Th. Lyon 1910. *Le myome utérin à la ménopause*.
- GUYON. — *Académie des Sciences*, 29 Fév. 1892.
- HANOT. — *Soc. Anat. de Paris*, 28 Fév. 1873, p. 181.
- HARDIE (J.-B.) — *Edimbourg méd. Jour.* 1874.
- HUE (J.). — *Ann. de gynécologie*. Oct. 1875, t. IV, p. 239.

- KELLY. — *The John Hopkins Hospital Reports*. 1890.
KIDD. — *Dublin méd. Journal*. Nov. 1875, p. 456.
KNOX. — *American Jour. of obstetrics*, 1900.
LABOISNE. — *Des lésions utéro-rénales au cours du cancer utérin*, 1899.
LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Tr. de gynécologie*.
LE DENTU et DELBET. — *Tr. de chirurgie*.
LEGNEU. — *Journal d'urologie*, 1913.
LEE et SKENE. — *Soc. obstétric. de New-York*, 20 Avril 1886. in *Journ. of obst.* Juin 1886, p. 606.
MILLIOT. — *Sur les compl. des tumeurs fib. de l'utérus*. Th. Paris 1875. (Cas de Dolbeau).
MONOD (E.). — *Ann. de gynécologie*, 1880.
MURPHY. — *London Jour. of med.* Oct. 1849.
PELLANDA. — *Mort dans les fibromes*. Th. de Lyon 1906.
PERROT. — *Th. Lyon*, 1900.
PORAK. — *Soc. de gyn. de Paris*. 13 Janv. 1887. in *Ann. de gyn.* fév. 1887, t. XXVII, p. 140.
POURRAT. — *Troubles urinaires dans les fibromes*. Th. Paris 1884.
POUSSON. — *Précis des maladies des voies génito-urinaires*.
— *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1902.
POZZI. — *Tr. de gynécologie*.
— *De la valeur des altérations du rein consécutives aux corps fibreux*. (Ann. Gyn. 1884).
ROCHET. — *Des indications opératoires de certaines tumeurs ayant comprimé les uretères*. Gaz. des Hôp. 1893.
SALIN et WALLIS. — *Hygiæa*. 1887; t. XLIX n° 2. anal. in centr. of gyn. 1887, N° 25, p. 407.
SAVIDAN. — *Thèse de Paris* 1912.
SCHMIDT et ASCHOFF. — *Ann. des mal. des org. génito-urin*, 1893.
SÉBILEAU. — *Revue de chirurgie*, 1887.
TERRILLON. — *Ann. des mal. des org. gén. urin.* 1884.
TESTUTT et JACOB. — *Anatomie topog.* t. II, p. 471.
WINCKEL. — *Über myome des utérus*. Stolksmann's Vortrage. N° 98.

